



KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (POZ)

Miejsce i data:

DANE ŚWIADCZENIODAWCY (PIECZĘĆ):

PACJENT:

PESEL _____ Data urodzenia _ - _ - _____ Wiek: 15-49 50-64 65+

Płeć: M K

NAZWISKO:

IMIĘ:

Nr telefonu:..... lub adres mail:

WYWIAD CHOROBY:

1. Historia rodzinna:

a) Nowotwory złośliwe skóry w rodzinie: Tak Nie

Zespół znamion atypowych (nieregularnych): Tak Nie

Czerniak złośliwy: Tak Nie

Inne nowotwory złośliwe skóry Tak Nie

Rak trzustki Tak Nie

Guz mózgu: gwiaździak Tak Nie

Guz mózgu: inne:.....

2. Wywiad osobniczy:

a) Przebyty czerniak/czerniaki: Tak Nie

b) Oparzenia słoneczne w dzieciństwie Tak Nie

c) Zauważalne zmiany kliniczne przez pacjenta: Reguła ABCDE

A Tak Nie

B Tak Nie

C Tak Nie

D Tak Nie







E Tak Nie

- d) Znamiona barwnikowe: Tak Nie
- e) Inne znamiona: Tak Nie
- f) Typ (rodzaj) wykonywanej pracy:

g) miejsce pracy (nazwa zakładu i dokładny adres):

BADANIE KLINICZNE (szczegółowe badanie skóry całego ciała):

1. Fototyp skóry:

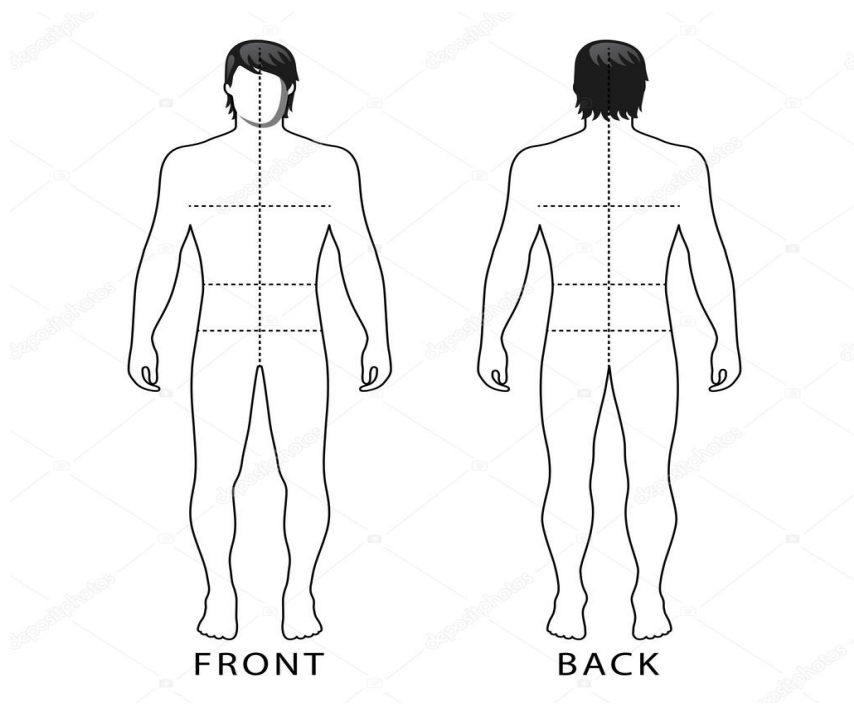
		Kolor skóry
<input type="checkbox"/>		Bardzo jasna, prawie biała, jasne lub rude włosy, piegowaty
<input type="checkbox"/>		jasna, biała skóra, jasne włosy, niebieskie lub brązowe oczy. Czasem ciemne włosy
<input type="checkbox"/>		Jasnobrażowa, oliwkowa; ciemne włosy brązowe lub zielone oczy
<input type="checkbox"/>		Umiarkowana brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
<input type="checkbox"/>		Ciemna brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
<input type="checkbox"/>		Bardzo ciemna lub czarna, ciemne brązowe oczy, czarne włosy

2. Liczba znamion/w przybliżeniu:

- do 10
- do 40
- powyżej

3. Znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza do:

- dalszej diagnostyki (badanie video/dermatoskopowe)
- wycięcia chirurgicznego oraz histopatologii



4. W przypadku grup wiekowych 15- 49 lat oraz 65+ wymagane jest podanie jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem niepokojących znamion lub czynników ryzyka:

.....

5. Uwagi:.....

ZALECENIA:

- wizyta kontrolna: co 6/12 miesięcy (kontrola dermatologiczna za 6-12 miesięcy)
- skierowanie do poradni chirurgii onkologicznej/chirurgii dermatologicznej onkologicznej:
Wielkopolskie Centrum Onkologii (rejestracja czynna .. tel.),
Poradnia dermatologiczna w Szczecinie (rejestracja czynna .. tel.),
Medica Pro Familia w Poznaniu (rejestracja czynna .. tel.),
Poradnia dermatologiczna w woj. lubuskim (rejestracja czynna .. tel.),
Stowarzyszenie (???) (rejestracja czynna .. tel.),

Podpis i pieczęć lekarza: